VIII. SPRAWOZDANIE

Z DZIAŁALNOŚCI SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH W ZAKOPANEM

OD DNIA 1. STYCZNIA DO DNIA 31. GRUDNIA 1911 WŁĄCZNIE

UŁOŻYLI

DR KAZIMIERZ DŁUSKI,
DYREKTOR ZAKŁADU

DR STEFAN RUDZKI,
I. ASYSTENT

W KRAKOWIE
W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
1912

VIII. SPRAWOZDANIE

Z DZIAŁALNOŚCI SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH W ZAKOPANEM

OD DNIA 1. STYCZNIA DO DNIA 31. GRUDNIA 1911 WŁĄCZNIE

UŁOŻYLI

DR KAZIMIERZ DŁUSKI,
DYREKTOR ZAKŁADU

DR STEFAN RUDZKI,
I. ASYSTENT

Biblioteka Jagiellońska
1003122971

W KRAKOWIE
W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
1912

Osobne odbicie z »Przeglądu lekarskiego« Nr 33 1912.

62859

8(1911)

Cała liczba chorych w 1911 r. wynosiła 435. Według poszczególnych narodowości skład chorych był następujący: Polaków 359, Rosyan 51, Rusinów 12, Niemców 4, Czechów 3, Węgrów 2, Bułgarów 2, Francuzów 1, Słowaków 1. Cyfry powyższe uwidocznione są w tablicy I, obejmującej całą liczbę chorych w Zakładzie w ciągu 1911 r.; do tablicy II zaś, zawierającej wyniki lecznicze, wchodzi tylko 376 chorych, wyłączeni zaś są ci chorzy, których czas leczenia nie wynosił przyjętego przez nas minimum czyli 30 dni. Tym sposobem z ogólnej liczby 435 odpada 59 chorych. Zaznaczyć na wstępie należy, iż w liczbie 376 chorych, stanowiących przedmiot lekarskiego sprawozdania, znajduje się: 56 chorych, którzy odbyli drugi kurs leczenia; 14 chorych — trzeci kurs leczenia; 7 chorych — czwarty kurs, wreszcie 2 chorzy leczyli się po raz piąty w Zakładzie.

Co się tyczy metody leczniczej, to stosujemy od 1907 roku obok metody higieniczno-dyetetycznej, tuberkulinę Beranecka (TBk), której wyniki przed paru laty ogłosiliśmy drukiem (»Przegl. lek.« 1910, Nr 23, »O stosowaniu tuberkuliny Beranecka« przez K. Dłuskiego). Na razie wstrzymujemy się od wypowiedzenia jakiegoś bardziej ścisłego sądu głównie z tego względu, że leczenie swoiste różnymi przetworami tuberkulinowymi wogóle nie da się dziś oprzeć na mocnych naukowych zasadach i, zdaniem naszem, cała ta sprawa jest mocno zawiła. Co się zaś tyczy naszego własnego materyału, możemy powtórzyć wypowiedzianą już w poprzednich sprawozdaniach opinię, że TBk daje wyniki kazuistyczne, a mianowicie czasem pomyślne u ciężko chorych i znów nie daje żadnych wyników tam, gdzie od środka swoistego można było z wszelkiem prawdopodobieństwem spodziewać się dodatniego wpływu na ustrój chorego. W każdym razie będziemy oczekiwać nagromadzenia obfitszego niż dotąd materyału, aby wytwo-

rzyć sobie zdanie o leczniczej roli TBk, na podstawie licznych spostrzeżeń klinicznych, oraz módz, z ewentualnem nawet pominięciem teoretycznych rozważań o uodpornieniu czynnem lub biernem, zdać sobie sprawę z działania tego środka na przebieg sprawy gruźliczej. Zaznaczyć jednak należy, że dopóki leczenie swoiste gruźlicy nie zostanie oparte na trwałych podstawach teoretycznych i klinicznych, uważamy TBk na równi z innymi licznymi przetworami swoistymi, za środek t y l k o pomocniczy, punktu zaś ciężkości będziemy zawsze szukać w metodzie Brehmera-Dettweilera, która, w porę stosowana i umiejętnie przeprowadzana, dawała, daje i dawać będzie w każdym razie dodatnie wyniki, mając zaś za sobą dobrze zasłużoną tradycyę już od lat kilkudziesięciu, uzyskała niezaprzeczone prawo obywatelstwa. Naturalnie, najlepsze wyniki dają przypadki we wczesnych okresach gruźlicy, które należy dokładnie rozpoznać. W tym celu posługujemy się nietylko znanemi metodami badania fizycznego, lecz już od paru lat stosujemy w Sanatoryum na szeroką skalę Röntgena, a także używamy próby tuberkulinowej w postaci maści Moro. Obfity materyał, dotyczący 500 chorych, zużytkowany został w pracy naszej, która w najbliższym czasie ukaże się w druku.

Co do samej metody higieniczno-dyetetycznej, jest to rzecz znana nietylko lekarzom, lecz popularna w szerokich kołach laików, nie potrzebuje więc szerszego omówienia. Pozwolimy sobie tylko przypomnieć niektóre główne jej szczegóły, oparte na 3 zasadniczych postulatach: stałe używanie świeżego powietrza, odpowiednie odżywianie, oraz spokój fizyczny i psychiczny. Szczegóły zaś te stanowią wytyczne punkty dla leczenia sanatoryjnego. Zgodnie z pierwszym postulatem, chorzy spędzają obowiązkowo 6 godzin dziennie na werandach, a poza tem wielu z nich weranduje i w godzinach wieczornych, zimą i latem, zależnie od stanu pogody. Dalej, chorzy mający ciepłotę prawidłową, spędzają średnio 2—3 godzin, w różnych odstępach czasu, na spacerach w parku zakładowym lub poza jego granicami, zaczynając od spacerów bardzo krótkich, dopóki nie zostanie stwierdzone przez lekarzy, iż ruch nie wpływa ujemnie na ciepłotę, która u gruźliczych — jak wiadomo — bywa bardzo często w stanie niestałej równowagi. Ale niezależnie od spacerów, chorzy własnym instynktem kierowani, dążą stale do świeżego powietrza i zamiast

pozostawania w pokojach — poza godzinami śniadań, obiadu i kolacyi — siedzą na ławkach, umieszczonych w wielkiej liczbie tuż przy zakładzie lub w różnych punktach parku. Nadto przyzwyczajamy chorych do spania przy otwartych oknach lub górnych szybach, przy zachowaniu odpowiednich środków ostrożności, stosownie do stanu pogody, i z przyjemnością stwierdzić możemy, że nawet ciężko chorzy w krótkim czasie nabierają dobrego przyzwyczajenia, które pozwala im oddychać świeżem powietrzem nietylko dniem, lecz i nocą. Tym sposobem oddychanie świeżem powietrzem staje się istotnie stałem; płuca w porozumieniu ze zdrową radą lekarską, przełamują panującą rutynę, która głosi, że w nocy okna powinny być szczelnie zamknięte, gdyż »inaczej można się zaziębić«; praktyka zaś wykazuje, że płuca, o które właśnie chodzi, nietylko nic na tem nie tracą, lecz przeciwnie dużo zyskują. Doświadczenie poucza ponadto, że nietylko płuca, lecz ustrój cały się hartuje i istotnie staje się odpornym na zaziębienie i na wszelkie zmiany pogody, przyzwyczajając się do bardzo nizkiej względnie ciepłoty. To zaś odpowiada zadaniom leczenia, mającego na widoku nietylko poprawę zdrowia chorego w czasie pobytu w Sanatoryum, lecz i zabezpieczenie przez odpowiednie zahartowanie ustroju od szkodliwych wpływów w dalszem jego życiu.

Ponieważ mowa o hartowaniu chorego, powinniśmy wspomnieć, iż do tego celu służą używane powszechnie w sanatoryach zabiegi lecznicze, a mianowicie: nacierania całego ciała wodą z wyskokiem, a następnie czystą, u silniejszych zaś chorych natryski, trwające 20—30 sekund, przy stopniowo obniżającej się ciepłocie 35° do 10° C. Nacierania stosowaliśmy w 1911 r. u 361 na 376 chorych, natryski zaś u 60*).

---

*) Uwaga. W sprawie stosowania leków wewnętrznych w gruźlicy płuc zajmujemy stanowisko, które już zaznaczaliśmy w poprzednich sprawozdaniach: nie uznajemy mianowicie żadnych leków swoistych przeciwgruźliczych, stosujemy zaś tylko lekarstwa objawowe, jako to przeciwgorączkowe, wykrztuśne, wzmacniające itp. Ze środków przeciwgorączkowych podawaliśmy naszym chorym, pyramidon, aspirynę, fenacetynę, kryogeninę, laktofeninę, elbon i inne. Dla podniesienia działalności całego ustroju, zwłaszcza w przypadkach niedokrwistości, stosowaliśmy

Przechodząc do drugiego punktu, do odżywiania, powiemy w kilku słowach tylko, że chorzy mają 5 posiłków dziennie (pierwsze i drugie śniadanie, obiad, podwieczorek i wieczerzę), że kuchnia obfita i zdrowa, o czem świadczy przyrost wagi u 80·3% chorych (średnio 5·7 kg. na osobę obliczono na 100 dni), że oprócz tych posiłków, wypijają chorzy średnio $1^1/_2$ litra mleka dziennie. — Zauważyć nadto powinniśmy, że zaburzenia w trawieniu, tak często w gruźlicy się zdarzające, zostają przez lekarzy zakładowych skrupulatnie uwzględniane przez stosowanie odpowiedniej dyety. Z drugiej znów strony zaznaczyć możemy, że zaburzenia, przy odpowiedniej dyecie, często mijają względnie dość szybko i przytem bez żadnych specyalnych leków, lecz dzięki dodatniemu wpływowi wysokogórskiego klimatu na całą przemianę materyi, a więc i na czynności narządu trawienia, co niejednokrotnie już stwierdzili lekarze, praktykujący w sanatoryach wysokogórskich.

Wreszcie dotykamy bardzo ważnego punktu, a mianowicie spokoju psychicznego u chorego. Tu rola lekarza jest najtrudniejszą i najwdzięczniejszą zarazem. Jeśli sumienne badanie całego stanu chorobowego daje nam klucz do zrozumienia powikłanych spraw biologicznych, jeśli ciągła kontrola różnych objawów choroby (a tych w gruźlicy aż nadto dużo) pozwala nam zoryentować się w wielce niejasnym niejednokrotnie jej przebiegu, to znów z drugiej strony wniknięcie głębsze w psychiczny świat chorego daje nam do rąk potężny oręż, zapomocą którego panujemy nad jego równowagą duchową, tak ważną, tak konieczną — rzec możemy — dla prawidłowego biegu leczenia, a co za tem idzie, dla otrzymania pomyślnych stąd wyników. Na ten wpływ psychiczny lekarza kładziemy wielki nacisk, ze względu właśnie na wybitny charakter gruźlicy i leczenia jej zapomocą metody higieniczno-dyetetycznej. Dziecinnem byłoby rozprawiać nad tem, jaką rolę odgrywa osoba lekarza u łoża chorego, dość wspomnieć pamiętne słowa Nothnagla: »Dobrym lekarzem może być tylko dobry człowiek«. Ale jeśli to zadanie jest ła-

---

różne przetwory żelaziste, fosforowe, i arsenowe, te ostatnie najchętniej w postaci wstrzykiwań podskórnych.

Z zabiegów zewnętrznych częste zastosowanie w odpowiednich przypadkach znajdowały suche bańki, opaski wysychające, naświetlania, elektryzacya itd.

twem niejednokrotnie dla dobrego człowieka-lekarza w chorobach o przebiegu ostrym, gdzie po stanach ciężkich w krótkim względnie czasie może nastąpić polepszenie i lekarz staje się zbawcą, wyrocznią, jednem słowem wszystkiem, — to w leczeniu gruźlicy zadanie to staje się stokroć mozolniejszem i cięższem. Już przez to samo, że leczenie musi trwać całe miesiące, jest ono dla chorego nudne i wyczerpuje jego energię i cierpliwość, i w równym stopniu wymaga dużych zapasów energii i cierpliwości ze strony lekarza, aby mógł panować nad depresyą chorego. Ale co ważniejsza, to wybitnie nieprawidłowy i temsamem tak bardzo charakterystyczny dla gruźlicy przebieg sprawy chorobowej, podlegającej przelicznym wahaniom ciepłoty, zboczeniom od linii prostej, powikłaniom ze strony różnych narządów i t. d., co nietylko wytrąca chorego z równowagi, ale pogrąża go niejednokrotnie niemal w stan rozpaczy, tem łatwiejszy do zrozumienia, że przez te długie miesiące leczenia chory odłączony jest od bliskiego i drogiego mu otoczenia, oderwany od swych zajęć i prawidłowego biegu życia. Ma więc wzrok przykuty do swej choroby, kręci się w zaczarowanem kole smętnych rozmyślań i ciężkiej walki duchowej. I tu właśnie leży »punctum saliens« psychicznego wpływu lekarza na udręczonego własnemi myślami pacyenta, tu jego wielce trudna, lecz zarazem bardzo wdzięczna rola.

Niech nam będzie wybaczonem, jeśliśmy się dłużej nad tą stroną leczenia, nad tą psychoterapią zatrzymali, ale zrozumieją nas ci, którzy mieli długie lata do czynienia z chorymi w sanatoryach i z dnia na dzień żyli z nimi wspólnem życiem.

Przechodzimy do szczegółowego rozpatrzenia wyników leczniczych. Dla ułatwienia ich oceny dzielimy jak dawniej chorych na 3 okresy wedle starej klasyfikacyi Turbana. Chociaż uznajemy wszelkie jej braki, ze względu na powikłane sprawy biologiczne zachodzące w gruźlicy, a nie dające się zamknąć w ramach zmian jedynie anatomicznych, jednak schemat taki stanowi poniekąd udogodnienie dla zoryentowania się i w tym też celu posługujemy się nim. W sprawie wyników wyłącznie dodatnich nadmieniamy, iż z rozmysłem unikamy terminu »wyleczenie«, o którem

w braku jak na dziś określonego kryteryum, może rozstrzygać tylko czas, co też w zupełności potwierdza zestawienie wielkich statystyk z sanatoryów ludowych niemieckich, dotyczących dodatnich wyników przy wyjściu z zakładu (Entlassungserfolge), oraz trwałych wyników, w 4—5 lat potem (Dauererfolge). Posługujemy się stale terminami: względna poprawa, rozumiejąc przez nią polepszenie głównie stanu ogólnego, i znaczna poprawa, gdy jednocześnie stwierdzamy widoczne polepszenie w płucach. W 1911 r. wyników dodatnich (patrz Tab. II), mamy 86·2% przy najmniejszym od otwarcia zakładu odsetku śmiertelności, wynoszącym tylko 0·8%, zaznaczając, iż wyższą cyfrę dodatnich wyników od czasu istnienia Sanatoryum mieliśmy tylko raz jeden, a to 89·7% w 1908 r.

Rozpatrując w porządku chronologicznym trzy pierwsze pozycye w Tabl. II, możemy tylko stwierdzić co do płci powtarzającą się już od szeregu lat pewną przewagę kobiet nad mężczyznami, co też już dawniej uzasadnialiśmy. Co się zaś tyczy obciążenia dziedzicznego, wynoszącego 56% ogółu chorych w 1911 r., mamy obecnie cyfrę średnią w zestawieniu z poprzedniemi sprawozdaniami, gdyż waha się ona zwykle w granicach od 50% do 60%, Zresztą, jak to już niejednokrotnie dawniej zaznaczaliśmy, obciążenie dziedziczne niema wpływu na dodatnie wyniki, sprawozdanie zaś za 1909 r. wykazuje, że przy 63% obciążenia dziedzicznego mieliśmy 86% wyników dodatnich, a więc również tyle, ile w 1911 r. przy 56%.

W sprawie wieku chorych widzimy pewną prawidłowość, uzasadnioną prawami biologicznemi i społecznemi, a mianowicie największa liczba chorych przypada na okresy lat od 21—30 i od 31 do 40, stanowiąc w 1911 r. 66% ogółu chorych.

Liczba ta waha się u nas w granicach od 65% do 75%, i tylko w 1908 r. wynosiła 85% ogółu.

Rozpatrując dalsze szczegóły, zawarte w Tabl. II, zatrzymujemy się chwilę nad dwoma ważnymi objawami w przebiegu leczenia gruźlicy, a mianowicie: ustępowanie gorączki i znikanie laseczników Kocha z plwociny. Gorączka w 1911 r. znikła u 38·6% chorych, stanowiąc cyfrę wyższą niż w 1910 i 1905 r., ale niższą niż w inne poprzednie lata. Cyfra ta napozór wydawałaby się paradoksalną, skoro zważymy, że właśnie w 1911 r. mieliśmy

49·5% chorych w I okresie Turbana i tylko 18·1% w III okr., czyli najwięcej w I okresie i najmniej w III w porównaniu z innemi latami. Ale paradoks ten da się usprawiedliwić podanym już powyżej ważnym argumentem, że rozległość zmian anatomicznych nie stanowi jeszcze o odporności biologicznej ustroju, a powtóre i tą okolicznością, że już od paru lat kontyngens trzeciego okresu stanowią chorzy, którychby można śmiało zaliczyć do czwartego lub piątego, gdyby takie istniały w przyjętych dziś klasyfikacyach. Są to chorzy, którzy zwiedzili różne stacye klimatyczne europejskie i z własnej inicyatywy lub też za poradą innych osób, przyjeżdżają próbować jeszcze leczenia... w wysokogórskim klimacie, jako w ostatniej, wedle ich mniemania, ucieczce.

Co się tyczy znikania laseczników Kocha, to zdanie nasze może wydać się dziwacznem, ale nie przypisujemy znikaniu temu doniosłego praktycznego znaczenia. Zapewne, zniknięcie laseczników jest niewzruszonym probierzem wyleczenia się, ale trzeba wykazać, że laseczniki znikły istotnie nietylko na całe miesiące, ale na lata – że znikły na zawsze. I właśnie przy częstych badaniach plwocin w Sanatoryum widzimy, że sprawa ta wydaje się bardzo zawiłą, gdyż znikanie laseczników podlega ogromnym wahaniom, a zdarza się i tak, że u chorych, którzy przy dobrym stanie ogólnym i płuc przyjeżdżają dla tak zwanego doleczania (»Nachkür«) w lat kilka po opuszczeniu Zakładu nieraz w sposób zgoła nieoczekiwany, pojawiają się laseczniki w ich plwocinie. Słusznie też Niemcy z naciskiem podkreślają różnicę między »Tuberkulose-infektion« i »Tuberkulose-erkrankung«, rozumiejąc, że w pierwszym przypadku osobnik może być całkowicie zdolnym do pracy, a pomimo to posiadać w swym ustroju ukryte ogniska, zawierające żywe lub martwe laseczniki, wydostające się przy odpowiednich okolicznościach nazewnątrz ustroju.

W 1911 r. laseczniki znikły u 17·5% i tylko w latach 1905 i 1908 mamy cyfry wyższe (23% i 18%); natomiast w 1906 i 1907 r. mamy cyfrę bardzo nizką, bo 9·2%. Cyfry te nie mają bezpośredniego związku z wynikami leczniczymi. Gdy zaś czytamy sprawozdania z różnych sanatoryów europejskich, które przy d o d a t n i c h, jak u nas wynikach, okrągło 80—90%, wykazują znikanie laseczników u 30%, a nawet 40% chorych, nie możemy się oprzeć uczuciu zdziwienia na widok tak ponętnych liczb!

Przechodzimy z kolei do dwóch ważnych powikłań w przebiegu leczenia: krwioplucia i krwotoków, oraz gruźlicy krtani. W sprawie tej zdania lekarzy są podzielone; jedni twierdzą, iż klimat wysokogórski w obu przypadkach jest szkodliwy, drudzy naodwrót. W dłuższe rozważania wdawać się nie będziemy, gdyż w poprzednich sprawozdaniach szeroko sprawa ta była omówioną i w opinii lekarzy, praktykujących w wysokogórskim klimacie, a opartej na faktach i cyfrach, dawno już na korzyść jego została rozstrzygniętą.

Rzućmy okiem na nasze cyfry. Krwioplucia i krwotoki przed przyjazdem do Sanatoryum zdarzyły się u 183 chorych, czyli u 48·7% ogółu, powtórzyły się u 42 chorych na 183 (23%), pokazały się po raz pierwszy w Sanatoryum u 4 chorych, czyli okrągło **1%**. Cyfry mówią same za siebie i nie potrzebują komentarzy*).

Co się tyczy gruźlicy krtani, stwierdziliśmy ją u 33 chorych (okrągło 9%), a w tej liczbie 16 łekkich przypadków, 9 średnio ciężkich i 8 ciężkich, z głębokiemi zmianami i owrzodzeniami poszczególnych części krtani. Otóż, w jednym tylko przypadku użyto rękoczynu chirurgicznego, u reszty zaś stosowaliśmy wziewania, zasypywania proszkami, zalewania lub pędzlowania zwykłymi środkami odkażającymi (mentol, ortoform etc.) i otrzymaliśmy względnie bardzo zadowalniające wyniki: w 7 przypadkach znaczną poprawę, w 14 względną, czyli razem 64% dodatnich wyników, wreszcie 12 bez zmiany.

Z kolei należy wspomnieć o innych powikłaniach, związanych bezpośrednio lub pośrednio z główną sprawą chorobową. Do tych zaliczamy: 13 nephritis tuberculosa (10 bez zmiany, 3 pogorszenie), 6 enteritis tub. (5 bez zmiany, 1 pogorszenie), 3 peritonitis tub. (2 bez zmiany, 1 wyleczenie), 2 fistula ani (2 wyleczenia po operacyi), 2 osteo-periostitis tub. (1 bez zmiany, 1 poprawa), 2 epididymitis tub. (1 bez zmiany, 1 poprawa), 1 polyarthritis Poncet (bez zmiany), 1 glossitis tub. z głębokiemi i licznemi

*) Uwaga. Cyfry te zgadzają się ze statystykami innych sanatoryów wysokogórskich, jak to wykazał na Zjeździe krakowskim w 1910 jeden z nas dwóch (Dr Stefan Rudzki), którego obszerna monografia o krwiopluciach w klimacie wysokogórskim ukaże się wkrótce w druku.

owrzodzeniami (znaczna poprawa), 1 tuberculosis cutis (poprawa), 1 tuberculosis miliaris (śmierć), 1 pneumotohrax naturalis (poprawa), 1 perityphlitis tub. (bez zmiany), 1 diabetes mellitus (bez zmiany).

Wreszcie wspominamy o spostrzeżeniach naszych, zapisywanych już od początku w pierwszych sprawozdaniach, a dotyczących specyalnego usadowienia się głównych ognisk gruźliczych: w lewem płucu z przodu w II i III międzyżebrzu, w prawem z tyłu od grzebienia do połowy łopatki i charakterystycznych z tego względu, iż pojawiają się przed sprawą szczytową lub nawet bez niej, jako ogniska autonomiczne, odznaczają się większą od szczytowych ognisk uporczywością i mniejszą od nich skłonnością do poprawy, natomiast względnie większą skłonnością do rozpadu. Wyjaśnienie tego zjawiska jest trudne, zdaje się jednak, iż rentgenoskopia rzuca tu pewne światło, wskazując, że gruźlica płuc może brać swój początek u wnęki płuc. Być więc może, że takie ognisko »wnękowe«, jako dawniejsze*) w chronologicznym porządku, posiada mianowicie z tego tytułu podane wyżej cechy i jeśli sprawa nie rozszerza się ku szczytom, to przyjmuje kierunek poprzeczny ku przodowi lub tyłowi, co właśnie topograficznie odpowiada II i III międzyżebrzu z przodu i od grzebienia do połowy łopatki z tyłu. Dlaczego jednak przednie ognisko znajduje się w lewem, a tylne w prawem płucu, na to odpowiedzi nie mamy i pragnęlibyśmy ją otrzymać od anatomo-patologów. Ogniska takie spotykaliśmy u 52 chorych w prawem płucu z tyłu i u 4 w lewem z przodu, razem u 56, czyli 14·9% ogółu.

Mówiąc o różnych powikłaniach, wspomnimy jeszcze o suchem zapaleniu opłucnej, które będąc zjawiskiem, jak wiadomo, częstem w przebiegu gruźlicy płuc, w naszych spostrzeżeniach ma pewne specyalne cechy, a mianowicie: pojawianie się nawet w płucu zdrowem, ogromną zmienność i niestałość objawów, jak ból i tarcie (to tarcie znika nietylko w ciągu godzin, ale nawet minut), brak harmonii między niemi, niewielką zwykle powierzchnię kilku centymetrów kwadratowych, szybką zmianę miejsca, niezależność

*) Uwaga. Należy tu wspomnieć o badaniach Corneta, dotyczących ognisk gruźliczych w płucach u tego samego osobnika, a wykazujących różne co do czasu pochodzenie.

od głównego ogniska choroby (np. przy sprawie szczytowej, nawet daleko posuniętej; objawy takiego suchego zapalenia opłucnej znajdują się często w dole pachy lub na dole i na zewnątrz sutka i to przy wypuku i oddechu prawidłowym). Z tego powodu nazywamy tę formę: »pleuritis sicca volans«. — W obecnem sprawozdaniu znajdujemy ją u 57 chorych, czyli 15% ogółu.

Podane wyżej fakty i cyfry są dostateczną ilustracyą stałego i nieprzerwanego rozwoju Zakładu, do którego przyczynia się w pierwszym rzędzie życzliwość lekarzy polskich, a następnie zdobyte, dzięki pomyślnym wynikom leczniczym, zaufanie wśród szerokich warstw naszego społeczeństwa. Jeśli zestawimy ogólną liczbę dni leczenia w 1910 r. wynoszącą 30.940, z liczbą 34.312 (patrz tabl. I.) w 1911 r., to wzrost frekwencyi w ostatnim roku wpada w oczy. Będzie ona jeszcze bardziej uwidoczniona, jeśli przypomnimy, że w I. sprawozdaniu, obejmującem okres czasu, nie 12, lecz 18 miesięcy (10. XI. 1902 do 30. IV. 1904), mieliśmy tylko 25520 dni leczenia. Z zestawienia tych cyfr wypada, iż od 1903/4 do 1911 frekwencya zwiększyła się prawie o 100%. Jest to wynik tak świetny, że o lepszym myśleć trudno. Można tylko pragnąc utrzymać się na tym poziomie. W tym kierunku będą podążały usiłowania grona ludzi, mającego pieczę nad całokształtem spraw, związanych ze zdrowiem i losem chorych, a tem samem z przyszłością Zakładu, dla ratowania zdrowia przeznaczonego.

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1911 do 31. grudnia 1911 (włącznie).

Narodowość	Liczba	Pleć		Pochodzenie	Liczba	Ilość dni leczenia	Wiek: lat	Wiek: osób	Średnia pobytu jednego chorego
Polacy	359	205 mężczyzn	230 kobiet	Galicya	144	9956	1—10	5	78·8
Rosyanie	51			Litwa, Podole, Ukraina, Rosya	125	11846	11—20	72	
Rusini	12			Królestwo	104	7380	21—30	180	
Niemcy	4			Warszawa	50	4457	31—40	108	
Czesi	3			Księstwo Pozn. i Prusy Zach.	9	462	41—50	49	
Węgrzy	2			Inne kraje: (Włochy Węgry Morawy)	3	211	51—60	18	
Bułgarzy	2						>60	3	
Francuzi	1								
Słowacy	1								
Razem	435	435		Razem	435	34312		435	

TABLICA II.

Wyniki leczenia chorych za czas od 1. stycznia 1911 do 31. grudnia 1911 (włącznie).

Płeć		Wiek: lata	Wiek: osób	Obciążenie dziedziczne: rodzaj *)	Obciążenie dziedziczne: osób	Gorączka		Prątki Kocha		Waga obliczona na 100 dni						Okresy	Poprawa: znaczna	Poprawa: względna	Poprawa: bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
168 mężczyzn	208 kobiet	0—10	6	o¹	99	przyjechało z gorączką osób 256	utraciło gorączkę osób 99	przyjechało z tbc osób 160	utraciło tbc osób 27	312 przybrało po 5·7 kg.	39 straciło po 2 kg.	8 bez zmiany	17 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 33248	średnia na 1 chorego 88·4	I. 186 49·5 %	95	76	14	1	—
		11—20	71	o²	13																
		21—30	163	o	98											II. 122 32·4 %	71	31	12	7	1
		31—40	86	bez	166																
		41—50	34																		
		51—60	14													III. 68 18·1 %	19	32	9	6	2
		>60	2																		
razem 376		razem 376		razem 376		% utraty gorączki 38·6%		% utraty tbc 17·5%		przybytek u 82·9% ogółu						razem 376	185 49·2 %	139 37 %	35 9·3 %	14 3·7%	3 0·8%

*) o¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Dr K. Dłuski i R. Rudzki.

BIBLIO
POW.
KAC